ITEM 225 : INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE - VARICES

Insuffisance veineuse chronique = dysfonction du système veineux par **incontinence valvulaire** touchant le système veineux superficiel et/ou profond, avec ou sans **obstruction veineuse** associée : très fréquente, touche 30% de la population globale
- **Essentielle** (le plus souvent) ou **acquise**, liée à une anomalie du réseau veineux profond
- FdR : âge ++, sexe féminin (3/1), antécédents familiaux, obésité, grossesse

Varice = anomalie anatomique caractérisée par la dilatation permanente et pathologique (> 3 mm en position debout) d'une ou plusieurs veines superficielles : **asymptomatique, gêne esthétique**, ou provoque une **insuffisance veineuse chronique**

Physiopathologie

Système veineux des membres inférieurs

- **Réseau superficiel** (draine 10% du retour veineux) : **grande veine saphène** (ou **saphène interne**) et **petite veine saphène** (ou **saphène externe**) → en cause dans les varices
- **Réseau profond (**draine 90% du retour veineux) : **veines satellites des artères** (2 veines pour 1 artère)
- Anastomoses : - Entre veines saphènes : **veines communicantes**
  - Entre réseau superficiel et profond : **veines perforantes**

Retour veineux

= Contre la pression orthostatique due à la pesanteur en orthostatisme
- **Valvules** : dans toutes les veines du MI, au niveau des confluents veineux (valvules ostiales), empêche le reflux de sang en sens contraire au retour veineux
- **Pression résiduelle** : due à l'éjection du ventricule gauche (atténuée après passage dans le réseau artériel, artériolaire et capillaire)
- **Rôle musculaire** : la semelle plantaire statique de Lejars, le déroulement du pied, la pompe musculaire du mollet et le système abdomino-diaphragmatique imprime une impulsion au retour veineux

L'IVC est 2ndr à une incapacité des veines superficielles du MI à assurer correctement le retour sanguin :
- **Elévation chronique de la pression locale** : les MI sont les lieux du corps où la pression veineuse est la plus élevée
- **Anomalie anatomique de la veine** : génétique, congénitale, hormonale, 2ndr à une maladie post-phlébitique (TVP)

Etiologie

Insuffisance veineuse primitive

- **Varices essentielles** : FdR génétiques (atcds familiaux) et hémodynamiques (stase veineuse…)
- **Insuffisance valvulaire profonde primitive** (plus rare, chez le sujet âgé) : défaut de coaptation des valvules, créant un reflux valvulaire profond, d'origine génétique et/ou hémodynamique, à suspecter notamment en cas de troubles trophiques veineux de survenue anormalement précoce

Insuffisance veineuse secondaire

Maladie post-thrombotique
= Survient plusieurs années après une TVP (50% après 5 à 10 ans) : destruction des valvules par la réaction inflammatoire locale et mise en jeu d'une collatéralité moins compétente
- **Syndrome obstructif chronique** : thrombus séquellaire non résorbé ou formation 2ndr de synéchies veineuses → collatéralité par les veines superficielles
- **Syndrome de reperméation** : recanalisation du thrombus, avec reflux valvulaire profond et dégradation des parois veineuses

Dysplasie veineuse
- **Insuffisance valvulaire profonde** : **agénésie** ou **dysplasie valvulaire**
- **Insuffisance veineuse localisée**
- **Angiodysplasie**

Syndrome compressif
- **Syndrome de Cockett** : compression de la veine iliaque primitive gauche par l'artère iliaque primitive droite, risque de thrombose fémoro-iliaque gauche complète
- **Compression des vaisseaux iliaques par une tumeur pelvienne**
- **Syndrome soléaire** : compression des v. soléaires tibio-péronières par l'arcade du soléaire

Fonctionnelle
= Sans anomalie morphologique : fréquente chez le sujet âgé, par diminution de la marche, ankylose tibio-tarsienne, perte de volume musculaire…

Diagnostic

Int.

- Atcds d'anomalie veineuse : familiaux (malformation génétique) et personnels (anomalie congénitale, TVP)
- **Facteurs favorisants** la stase veineuse : grossesse, obésité, constipation, striction vestimentaire, sédentarité, station debout prolongée, exposition prolongée à la chaleur, chauffage au sol, prise d'oestroprogestatifs

SF

- **Lourdeur/pesanteur** (70%) : majoritairement des jambes et des mollets, à type de fatigabilité ou de gêne, majorée en fin de journée, en période prémenstruelle, au cours de fortes chaleurs, en position debout prolongée ; calmées par la marche, le froid ou la position allongée des jambes
- **Phlébalgie** = douleurs spécifiques d'un trajet veineux, surtout de la saphène interne
- **Crampes** : en position debout, ou en position allongée seulement en cas de reflux valvulaire
- **Impatience** : sensation d'engourdissement apparaissant lors de la position immobile, obligeant le patient à se mobiliser et se lever
- **Claudication veineuse** (post-thrombotique) : lourdeur musculaire apparaissant à la marche, cède au décubitus
- **Oedèmes des MI**
- **Gêne esthétique** : varices ou varicosités, sans gêne fonctionnelle

Diagnostic	SC	- Examen bilatéral comparatif : - **En position debout** (**escabeau de phlébologie**) - **GVS** : MI à 45° de rotation externe, en légère flexion - **PVS** : MI en légère flexion, reposant sur le sol par la pointe du pied		
		Varices	= Veine sous-cutanée **dilatée** (**> 3 mm** en position debout) et **tortueuse** - Systématisées à la grande ou à la petite veine saphène ou non systématisées (diffuse) - Palpation : recherche d'une induration au niveau de la veine, d'une douleur, ou d'une inflammation locale en faveur d'une thrombose superficielle - Auscultation : recherche d'un souffle évocateur d'une **fistule artério-veineuse** (thrill)	
			DD	- Diamètre < 3 mm : **veines réticulaires, varicosité, télangiectasies** - **Dilatation des veines physiologique** chez le sportif - **Vicariance** : collatéralité physiologique après TVP obstructive - **Malformation vasculaire congénitale** chez l'enfant - **Fistule artério-veineuse post-traumatique** : dilatation veineuse, souffle et thrill continu - **Compression pelvienne** avec dilatation du réseau veineux d'amont - Pathologie non veineuse : **hernie crurale, kyste synovial, anévrysme poplité, hernie aponévrotique musculaire** à la face externe de la jambe
		Insuffisance veineuse	- **Douleur, œdème des MI** - Atteinte cutanée : **dermite ocre, atrophie blanche, eczématisation, ulcère veineux** - Signe étiologique : **varice, phlébite, angiome veineux, toucher pelvien**	
		Incontinence valvulaire	**- Signe du flot** : patient allongé, la percussions répétées de la partie proximale de la veine saphène/partie distale du MI avec un doigt envoie une onde de pression, recherchée par l'autre main à la partie distale de la veine/proximale du membre → ne teste pas le reflux valvulaire **- Signe de Swartz :** patient debout, la percussion veineuse en sens inverse du signe du flot provoque une onde de pression rétrograde en cas d'incontinence valvulaire **- Epreuve de Trendelenburg** : patient couché, MI surélevés, avec un garrot à la racine de la cuisse, lorsque le patient se lève, les veines superficielles se remplissent progressivement de bas en haut et l'ablation du garrot n'a normalement pas d'effet → en cas d'incontinence de la valvule ostiale de la grande veine saphène : remplissage brutal à l'ablation du garrot - **Epreuve des garrots étagés** : veines superficielles vidées par la surélévation de la jambe, 2 garrots placés à distance l'un de l'autre → à la mise en position debout, le segment veineux entre les 2 garrots se remplit en cas d'incontinence valvulaire des veines perforantes	
	PC	→ Diagnostic essentiellement clinique **Echo-Doppler veineuse des MI** : confirmation diagnostique des varices, exploration des veines profondes, recherche de reflux pathologique, d'incontinence des veines perforantes, de séquelles ou signes de TVP, de compression extrinsèque + marquage cutané pré-opératoire des anomalies - Indication : bilan pré-opératoire (systématique), bilan pré-sclérose, ulcères des MI ou suspicion de TVP		
Classification	**Classification de sévérité fonctionnelle de Porter**	- **Stade 0** : aucune gêne fonctionnelle veineuse (avec ou sans varices) - **Stade 1 = IVC mineure** : signes fonctionnels, avec ou sans signes objectifs de stase veineuse (atteinte limitée aux veines superficielles) - **Stade 2 = IVC modérée** : troubles trophiques francs, sans ulcère ou atcds d'ulcère - **Stade 3 = IVC sévère** : troubles trophiques majeurs avec ulcères		
	Classification CEAP	C = Clinique (de 0 à 6)	- 0 : aucun signe visible/palpable - 1 : Télangiectasies/veines réticulaires - 2 : Veines variqueuses - 3 : Œdème - 4 : Trouble trophique : pigmentation ou eczéma (4a), hypodermite (4b) - 5 : Ulcère cicatrisé - 6 : Ulcère non cicatrisé - A si asymptomatique ou S si symptomatique (douleur, prurit, pesanteur)	
		E = Etiologie	C (congénital), P (primaire) ou S (secondaire), N si non identifiée	
		A = Anatomie	S (superficiel), D (profond), P (perforant), N si non identifiée	
		P = Physiopathologie	R (reflux), O (obstruction), N si non identifiée	
Evolution	Varices	- En cas de facteur causal aigu (grossesse, prise de contraceptif…) : régression possible - Sans facteur causal aigu : régression sous traitement ou plus souvent stabilisation ou aggravation vers l'IVC		
	IVC	- Aggravation progressive avec apparition de complications en l'absence de traitement		

Complication	*Complication aiguë*	**Rupture**	- **Rupture externe** par **traumatisme au niveau d'un paquet variqueux** : hémorragie externe, souvent impressionnante, pouvant nécessiter une transfusion, le plus souvent sur des varicosités malléolaires anciennes - **Rupture interstitielle** par **déchirement d'une veine perforante lors d'un effort musculaire** : hématome très douloureux
		Thrombose	= **Thrombose superficielle** : cordon inflammatoire, douloureux, chaud sur un trajet variqueux - **TVS segmentaire** : évolution banale - **TVS saphène** : extension possible au réseau profond avec risque de **TVP**, voire **d'EP**
	Complication cutanée		- **Dermite ocre** = extravasation sanguine avec dépôts pigmentaires : aspect purpurique pigmenté, débutant à la partie inférieure et interne des jambes, parfois précédée d'un prurit - **Dermite atrophique** ou **atrophie blanche de Millian** : zones blanchâtres, de siège malléolaire interne ou externe, généralement entourée de fines télangiectasies, associée à une importante insuffisance veineuse, précédant l'ulcère veineux - **Hypodermite** : œdème permanente de la cheville avec fibrose, sclérose et poussées inflammatoires, jusqu'à la botte de lipodermatosclérose par rétraction scléreuse des zones dermo-hypodermiques - **Stase lymphatique** : œdème permanent, infiltré, avec peau épaissie et cartonnée et orteils boudinés - **Eczéma variqueux** : allergie mycosique associée, caractérisée par des lésions érythémato-vésiculeuses ou squameuses sur le trajet des varices, pouvant être associée à une mycose interdigitale des pieds - **Ulcère veineux chronique** : généralement volumineux, indolore, siégeant autour de la cheville, avec des contours polycycliques en « carte de géographie », avec une tendance à l'extension - **Cancérisation** (exceptionnelle) : biopsie en cas de bourgeonnement excessif
TTT	Prévention		= Indiquée seulement en cas de varices essentielles - Favoriser l'utilisation de la pompe musculaire : activité physique régulière, éviter toute station debout prolongée immobile ou la position assise jambes croisées - Favoriser le drainage veineux : surélever les pieds du lit de 10 cm, mouvement de pédalage en l'air - Environnement thermique : éviter l'exposition à la chaleur - Alimentation : éviter le surpoids, régime riche en fibre pour lutter contre la constipation
	DD		Pour les varices : - La dilatation physiologique des veines du sportif. - Vicariances : collatéralités physiologiques après TVP obstructive. - Malformations congénitales vasculaires chez l'enfant. - Les fistules artérioveineuses post-traumatiques provoquent des dilatations veineuses. - Les compressions pelviennes qui dilatent le réseau veineux en amont. Pour l'IVC : Si pas de varices associées, les autres diagnostics à évoquer sont ceux d'œdèmes unilatéraux non inflammatoires
	TTT médical	**Médicament veino-actif**	= Effets modérés sur les symptômes, de peu d'intérêt, sans effet sur l'aggravation de l'IVC - Indications en présence d'une gêne fonctionnelle : jambes lourdes, douleurs, impatience - Prescription sur une durée < 3 mois ± poursuivi si réapparition des symptômes à l'arrêt - Inutile si IVC asymptomatique
		Compression élastique	**- Faible** (classe I), **moyenne** (classe II), **forte** (classe III) ou **très forte** (classe IV) - Méthode : - **Bas de contention** : bas à varice auto-fixants, collants ou chaussettes - **Bandes de contention** : plus facile en cas d'ulcère avec pansement - **Elastique** (↗ de la compression à l'activité musculaire, mieux tolérée) ou **non élastique** - Efficacité maximale si mise en place le matin avant le lever - Adaptée à la sévérité : classe I ou II si IVC non compliquée, classe III ou IV si IVC compliquée
			Indication : - Prévention de l'aggravation d'une IVC si profession exposée (station debout) - Prévention d'une IVC au cours de la grossesse - Insuffisance veineuse chronique (surtout au stade ulcéré) : port quotidien, à vie → Privilégier une **compression forte** > 30-40 mmHg (classe III-IV) en cas d'ulcère - Prévention du syndrome post-thrombotique après une TVP : minimum > 2 ans, généralement par **chaussettes de compression de classe II**
			Contre-indication : - **AOMI** : - Contre-indiqué en cas d'AOMI sévère (IPS < 0,5) - Allégée < 30 mmHg en cas d'AOMI modéré (IPS = 0,5-0,9) - **Microangiopathie diabétique évoluée** - ***Phlegmatia coerulea dolens*** - **Thrombose septique**

		Cure thermale	= **Crénothérapie** : bains à eaux tièdes et fraîches, massages sous l'eau, drainages lymphatiques, cures de boisson, sur une durée de 21 jours, après entente préalable avec l'organisme de santé - En cas de gêne clinique persistante après prise en charge médicale et/ou chirurgicale	
			Indication	- IVC avec signes cutanés de sévérité (de la dermite ocre à l'ulcère) - Maladie post-thrombotique invalidante - Œdème veineux et syndrome des jambes lourdes invalidants - Lymphoedème (avec ou sans fibrose) - Acrosyndrome mal toléré (Raynaud, acrocyanose) ➙ Non indiqué en cas de varice non compliquée ou de jambes lourdes isolées
TTT	**Scléro-thérapie**		= Injection d'un **produit sclérosant** dans la veine superficielle, possiblement écho-guidée : suppression des reflux et des réseaux veineux superficiels pathologiques - Après bilan clinique, échographique et hémodynamique complet (cartographie veineuse)	
			Indication	- Varice sur un tronc saphène de **diamètre < 1 cm** - Sclérose des perforantes entretenant une récidive variqueuse - Varices des collatérales des troncs saphènes, après TTT des varices/reflux des saphènes
			CI	- Foramen ovale perméable connu et symptomatique : contre-indication formelle - Atcd de TVP ou thrombophilie
			Complications	- **Réaction inflammatoire locale** avec risque de **TVS** en cas de surdosage - Risque de **pigmentation** - **Hématome** - **Hypodermite** ou **nécrose cutanée** en cas d'extravasation du produit - **Injection intra-artérielle** (gravissime) : **nécrose musculaire**, voire amputation
	TTT endo-veineux		- **Technique de destruction par voie endoveineuse** = **radiofréquence** ou **laser endoveineux** : en ambulatoire, risque de dysesthésie - **Recanalisation veineuse profonde endovasculaire** (en cours d'évaluation) : en cas de thrombus séquellaire, sans effet sur la destruction valvulaire secondaire à la thrombose	
	TTT chirurgical		- Indication : varices avec gênes esthétiques, ulcères de jambes, troubles trophiques, signes fonctionnels ➙ En l'absence de varices, l'existence d'un reflux isolé asymptomatique n'est pas une indication ➙ Chirurgie réservée aux veines réellement pathologiques (notamment chez le poly-athéromateux, chez qui la veine saphène peut être utilisée en cas de pontage aorto-coronarien ou fémoro-poplité)	
		Stripping de varice	= De la grande ou de la petite veine saphène : après marquage cutané écho-guidé - **Exérèse de la veine** par isolement à sa partie proximale, puis **montage d'un stripper** par l'incision proximale que l'on récupère dans la crosse de la veine	
		Phlébectomie	= Traitement complémentaire au stripping : **exérèse des collatérale des veines saphènes au crochet** par **micro-incisions cutanées**	
		CHIVA	= **Cure Hémodynamique de l'Insuffisance Veineuse en Ambulatoire** : déconnexion de la GVS et des collatérales de sa crosse sans stripping pour provoquer l'affaissement des veines superficielles anormales ➙ technique conservatrice, peu utilisée	
		Complications (rares)	- **Hématome** de la région de Scarpa ou sur le trajet du stripping - **Paresthésies résiduelles** (lésion du nerf saphène interne ou externe) - **Thromboses veineuses** - **Récidive à long terme** : entre 3 et 20% à 5 ans	
		Prévention de la MTEV	- **HBPM à dose prophylactique** : seulement en cas de chirurgie de la petite veine saphène ou de technique CHIVA, d'antécédent de TVP, de mobilité réduite, de maladie intercurrente associée ou de traitement favorisant - **Déambulation précoce** et **contention post-opératoire** systématique	

TTT des complications	**Ulcère**	- **Désinfection locale stricte** - SAT-VAT - **Contention élastique** par **bandes** - **Détersion chirurgicale** si nécessaire - Application de corps gras - En dernier recours : **greffe de peau**
	Surinfection locale	- **Pommade antibiotique** - **Antibiothérapie générale** si infection systémique
	Eczématisation	- **Pommade corticoïde**
	Hémorragie	- Traitement d'urgence : surélévation du membre, **pansement compressif** - Traitement définitif à envisager rapidement
	Thrombose veineuse superficielle	- **Pansement alcoolisé** si cordon induré inflammatoire - **Fondaparinux** (Arixtra®) 2,5 mg, 1 injection/j x 45 jours - **Contention élastique** de classe III - TTT anticoagulant efficace prolongé seulement en cas d'extension au réseau veineux profond

Compression veineuse	Méthode	- **Bande** : pour une durée courte, par un personnel entraîné - **Bas** (chaussettes, bas-cuisse ou collants) : pour une utilisation à long terme		
	Classification	- Classe I = entre 10 et 15 mmHg - Classe II = entre 15 et 20 mmHg - Classe III = entre 20 et 36 mmHg - Classe IV = > 36 mmHg ➔ La prescription doit toujours comprendre la pression en mmHg		
	Indication	Varices > 3 mm	Bas de contention de classe II ou III	Au long cours
		Après sclérothérapie ou chirurgie de varice	Bas ou bande de contention	4 à 6 semaines
		Œdème chronique Atteinte cutanée hors ulcère	Bas de classe III ou bande	Au long cours
		Ulcère cicatrisé	Bas de classe III ou IV ou bande	
		Ulcère ouvert	Bande de contention en 1ère intention Bas de classe IV	Jusqu'à cicatrisation complète
	Contre-indication absolue	- AOMI avec IPS < 0,6 - Microangiopathie diabétique évoluée pour une compression > 30 mmHg - Phlegmatia coerulea - Thrombose septique		
	Suivi rapproché	- AOMI avec IPS entre 0,6 et 0,9 - Neuropathie périphérique évoluée - Dermatose suintante ou eczématisée		